



# Hausärztliche Praxis Dr. Peter Rappold

Allgemeinmedizin - Akupunktur - Neuraltherapie  
Bahnhofstr. 38, 67346 Speyer, Tel. 06232 - 76744, Fax 06232 - 623260

## Patientenfragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben.  
Sie helfen uns Ihre individuelle Behandlung optimal zu gestalten, indem Sie uns über wichtige Fragen Ihrer eigenen Krankengeschichte sowie Familienerkrankungen informieren. Wir bitten Sie daher den Fragebogen soweit wie möglich auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

### Familienanamnese (Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen?):

Zuckerkrankheit  Hoher Blutdruck  Herzinfarkt (wann?) \_\_\_\_\_  
 Gicht  Asthma  Gallen/Nierensteine  
 Krebsleiden: wenn ja, welches Organ war betroffen? \_\_\_\_\_  
 sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Eigene Anamnese (Wegen welcher Erkrankungen waren Sie bereits in Krankenhausbehandlung?):

Erkrankung	Krankenhausname (oder Kurklinik)	Wann (Jahr)

### Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

#### Allergien (bitte geben Sie an worauf Sie allergisch reagieren!):

Heuschnupfen \_\_\_\_\_  
 Medikamente \_\_\_\_\_  
 sonstige Stoffe \_\_\_\_\_

#### Kinderkrankheiten:

Röteln  Windpocken  Masern  Pfeiffersches Drüsenfieber  
 Keuchhusten  Mumps  Scharlach  sonstige \_\_\_\_\_

#### Herz- und Gefäßerkrankungen:

Thrombosen  Herzinfarkt  Krampfadern  Durchblutungsstörungen d. Beine  
 Schlaganfall  Hoher Blutdruck  sonstige \_\_\_\_\_

#### Lungenerkrankungen:

Asthma  Lungenentzündung  chron. Bronchitis  sonstige \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit       erhöhtes Cholesterin       Schilddrüsenerkrankung       sonstige: \_\_\_\_\_

**Knochen und Gelenkerkrankungen:**

Bandscheibenschaden wo \_\_\_\_\_  
 Gelenkbeschwerden wo \_\_\_\_\_  
 Rheuma, sonstige \_\_\_\_\_

**Bauchorgane:**

Gallenerkrankungen:                       Gallensteine                       sonstige \_\_\_\_\_  
 Lebererkrankungen:                       Hepatitis A B C                       sonstige \_\_\_\_\_  
 Magenerkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Darmerkrankungen: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane:**

Nierensteine / welche Seite war betroffen \_\_\_\_\_  
 Infektionen der Nieren                       Infektionen der Blase  
 Gynäkologische Erkrankungen/ welches Organ war betroffen: \_\_\_\_\_  
 Erkrankungen der Prostata                       sonstige \_\_\_\_\_

**Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:**

Hals/Nase/Ohren \_\_\_\_\_  
 Augen \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:**

Nerven- oder Gemütskrankungen (ggf. welche) : \_\_\_\_\_  
 Krampfanfälle: seit \_\_\_\_\_  Bluterkrankungen                       Hauterkrankungen  
 andere Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde: \_\_\_\_\_

**Nur für weibliche Patienten:**

Wechseljahre (Beginn) \_\_\_\_\_                       Regelbeschwerden  
 Geburten \_\_\_\_\_                       Pille

**Impfungen** :(welche? Jahr der letzten Impfung)

Polio \_\_\_\_\_       Tetanus \_\_\_\_\_       Diphtherie \_\_\_\_\_       Masern \_\_\_\_\_       FSME \_\_\_\_\_       Röteln \_\_\_\_\_  
 Pneumokokken       Grippeimpfung       Mumps \_\_\_\_\_       Hepatitis B \_\_\_\_\_       sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ regelmäßig \_\_\_\_\_  
Bitte denken Sie daran, ggf. Ihren Impfpass überprüfen zu lassen

**Sonstige Fragen:**

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_kg                      Körpergröße \_\_\_\_\_cm  
Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?  
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht                      (wie viel, was, seit wann nicht mehr)? \_\_\_\_\_  
Alkohol                      (wie viel, was)? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden oder Anliegen** (in Stichworten):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit**